



Antrag zum Arztausweis als Sichtausweis im Scheckkartenformat

Landesärztekammer Brandenburg
Geschäftsstelle Potsdam
Meldewesen
Pappelallee 5
14469 Potsdam



Persönliche Daten

Akad. Grad: _____
Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____

Privatanschrift

Straße, Nr. : _____
PLZ: _____ Ort: _____

Ich beantrage die Ausstellung eines Arztausweises. Die Angaben zu den persönlichen Daten habe ich überprüft.

- bei Neubeantragung:

Ich versichere, dass, mir bisher noch kein Arztausweis ausgestellt wurde.

- bei Folgebeantragung wegen Verlust:

Ich versichere, dass ich den Ausweis, ausgestellt von der Ärztekammer _____
verloren habe.

- bei Folgebeantragung wegen Ablaufs:

Den bisherigen Arztausweis vernichte ich.

- bei Folgebeantragung wegen Namensänderung:

Den bisherigen Arztausweis vernichte ich.

Diesen Antrag bitte im Briefumschlag mit einem Passbild (Hochformat 35 x 45 mm) an die Landesärztekammer Brandenburg senden.

Ort

Datum

Unterschrift / Stempel des Antragstellers